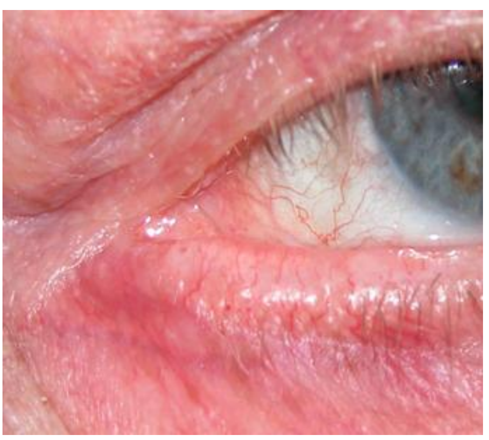
EXPLORACIÓN BÁSICA EN OCULOPLÁSTICA, ÓRBITA Y LAGRIMAL

A.V.

INSPECCIÓN:

Punto lagrimal:

Posición del punto lagrimal: aposición, eversión, verticalización.
Morfología: atresia, estenosis
El punto lagrimal se encuentra aprox. a 5 mm del canto medial y no es visible en condiciones normales salvo malposición del mismo



Eversión del punto lagrimal

Margen palpebral:

Debe acabar en ángulos recto en contacto con la conjuntiva y ser plano. Explorar número, posición y forma de pestañas: Distiquiasis (más filas anormales de pestañas), Triquiasis (pestañas con dirección anómala).



Conjuntiva

Explorar cambios, quistes linfáticos, conjuntivochalasis, ...

Sensibilidad corneal

Lámina anterior: Piel y orbicular
Lámina posterior: Conjuntiva y Tarso
Lámina media: Septum Orbitario
Línea gris: separa la lámina anterior de la lámina posterior en el margen del párpado

POSICIÓN DE LOS PÁRPADOS (en caucásicos)



Apertura palpebral horizontal........28-30mm
Apertura palpebral vertical.............8-10mm
Máxima concavidad superior es medial al eje pupilar
Máxima concavidad inferior es lateral al eje pupilar
Tarso superior mide aprox 10mm
Tarso inferior mide aprox 4-5 mm
Orientación oblícua de los párpados superior el canto externo respecto al canto interno en aprox..... 4mm
El PS. Cubre en ppm aprox. 1-3 mm en el borde superior de la córnea
El PI está en contacto con la córnea, limbo o muy próximo
La córnea supone 40-50% de la longitud del párpado
Consignar altura del Pliegue palpebral del PS **(DPM)** importante en blefaroplastia, no confundir con el surco, y medir la distancia del pliegue al margen en ppm
Altura del Surco cutáneo del PS........9-11mm **MCD (DSM)**

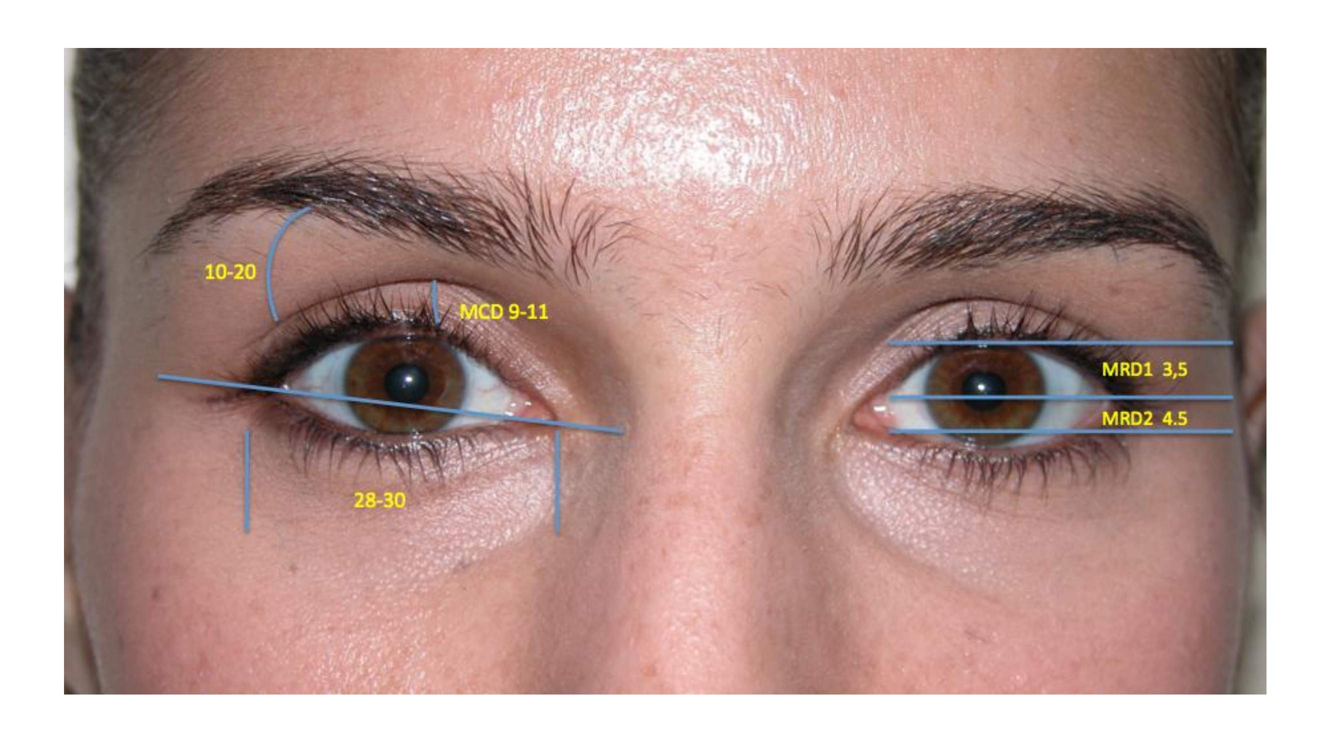
Si está aumentado pensar en desinserciones de la aponeurosis del EPS
Si la distancia es menor pensar en reconstrucción del pliegue y excisión de piel

Distancia del reflejo al margen del PS. **MRD (DMR)**

Es posiblemente el dato que nos da más información acerca de la posición palpebral, sobre todo en párpados asimétricos.

Se explora en ppm y la cifra normal es de 3.5-4 mm. Es una medida más exacta de ptosis que la Hendidura palpebral.

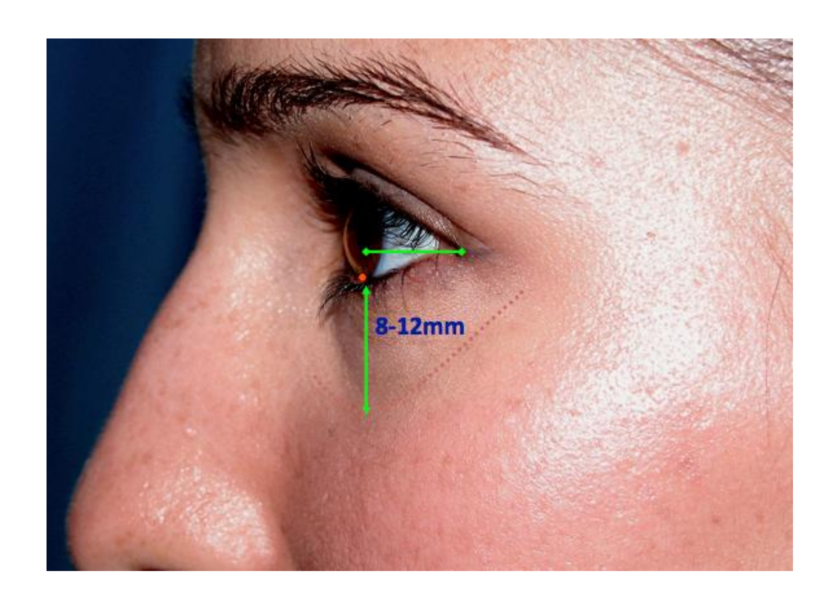
MRD 1. : distancia reflejo al margen palpebral superior 3,5-4
MRD 2. : distancia reflejo al margen palpebral inferior 4,5-5



Distancia SURCO- CEJA:

En hombres 15-20
En mujeres 10-15

Telecanto: la distancia intercantal normal es la mitad de la distancia interpupilar.
Aparición de bolsas palpebrales y malares
Forma del párpado inferior y superior (en S itálica)
Explorar retracciones del PS y PI
Límite inferior del párpado inferior a 8-12mm, coincide con el reborde orbitario inferior





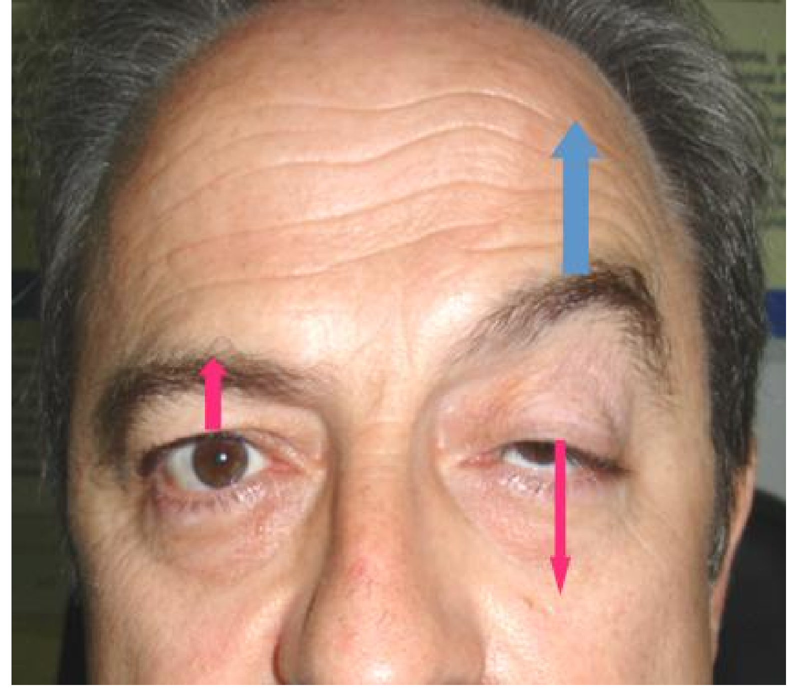
Diferencias entre un párpado alterado (arriba)
y un párpado anatómicamente normal (abajo)



Aumento del surco palpebral (MCD) en
paciente con ptosis palpebral bilateral

MOVIMIENTOS DE LOS PÁRPADOS

a) **Función del m. Elevador del PS**: se explora midiendo la distancia entre la mirada hacia abajo y la mirada hacia arriba fijando con una mano la ceja siendo lo normal 12-15mm


Ptosis del ojo I, retracción compensatoria de ceja I y de párpado derecho


Función muy disminuida del elevador del párpado en ptosis congénita

b) **Laxitud de retractores del párpado inferior**:
En mirada inferior el PI desciende unos 3 mm.
Se aprecia como una falta de recorrido del párpado en la mirada hacia abajo, o una desinserción del fornix inferior que dara lugar a un prolapso de la conjuntiva



c) **Fenómeno de Bell**: capacidad de supraversión al intentar cerrar los párpados

d) **Parpadeo mandibular**: descartar inervaciones aberrantes del EPS

e) **Fatigabilidad**: de los párpados, se hace mirar al paciente hacia arriba *durante 30"* y en pacientes con Miastenia Gravis vemos como se fatigan provocando un temblor o vibración característica (Tic de Cogan)

f) **Cierre forzado de los ojos**

g) **Ley de Hering**: muy útil su exploración en las ptosis. Se Explora elevando el parpado superior del lado ptosico y se explora el párpado del ojo adelfo durante unos segundos observando si cae.



Ley de Hering positiva, al levantar el párpado derecho ptósico,
el párpado izquierdo cae por inhibición del estímulo cerebral

POSICIÓN DEL OJO

Exoftalmometria normal:

asiáticos: 18mm
caucásicos: 20mm (patológico si > 21 o diferencias mayores de 2mm)
negros: 22mm



Desplazamientos verticales
Desplazamientos axiales

ESTABILIDAD PALPEBRAL

LAXITUD HORIZONTAL DEL PÁRPADO INFERIOR

Snap back test: desplazamos el PI hacia abajo y pedimos al paciente que no parpadee, valoramos la laxitud horizontal (ectropion):

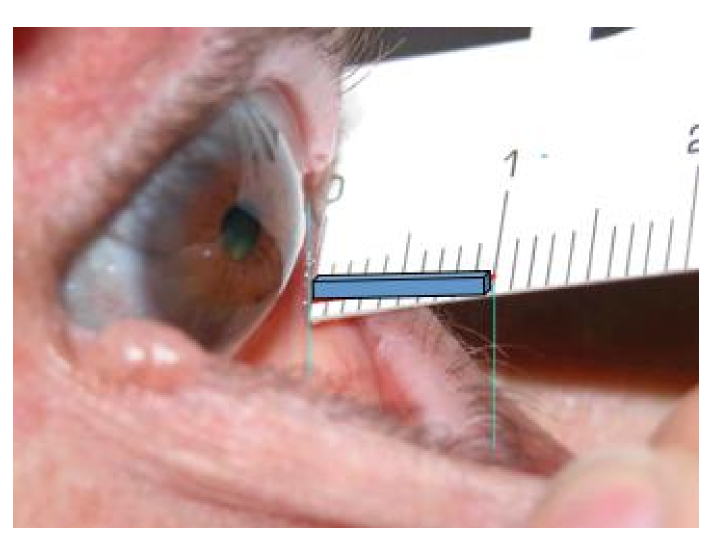
No laxitud horizontal: el párpado vuelve rapidamente a su posición
Laxitud leve: lo hace lentamente
Laxitud moderada: el párpado solo regresa con ayuda del parpadeo
Laxitud grave: retorno incompleto incluso con ayuda del parpadeo



Snap back test

Distraction test desplazamos anteriormente el PI desde su centro separandolo del globo ocular. Hay *laxitud tarsoligamentosa* cuando la separación es > *7mm* pudiendo hacer que falle la bomba lagrimal





LAXITUD CANTAL   TENDÓN CANTAL MEDIAL/TENDON CANTAL LATERAL

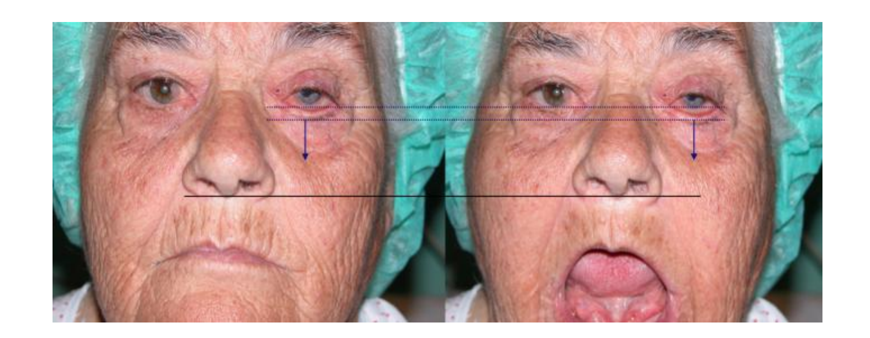
TCM tracción cantal medial: se tracciona lateralmente del parpado inferior y vemos el desplazamiento lateral del punto lagrimal, si *es > 2mm*, se habla de laxitud del TCM, si hay desinserción del tendón cantal el punto puede llegar al eje pupilar

TCL tracción cantal lateral**:** el tendón cantal lateral se inserta por encima del canto medial 1-2mm y puede moverse medialmente *hasta 1-2 mm* en condiciones normales

Retracciones del PS (en la OAT) o del PI (en la OAT)
En PS el margen cubre 1-2 mm. Consignar si el margen:
está en posición
a nivel de limbo
a 1-2 mm
a 3-4 mm
En PI el margen está a nivel de limbo: consignar si aparece exposición escleral en mm por descenso del PI no por ectropión (OAT)

OTROS

Defectos de lámina anterior: produce ectropión. Se explora haciendo abrir la boca al paciente y comprobando que el párpado inferior desciende.



Defectos de lámina media: Entendemos por lámina media el septum palpebral. En caso de defecto, nos cuesta llevar el párpado superior hacia el limbo superior corneal.



Defectos de lámina posterior: produce entropión

Lámpara de hendidura: triquiasis, cicatrices, córnea

Estudio película lagrimal:

Posición,
producción,
permeabilidad

- Test de desaparición de fluoresceína: instilar una gota de anestésico doble y colocar una gota de fluotest. Esperar 5 minutos y valorar la mancha de fluoresceína sobre mejilla.
- Sondaje de VL

Posición de la ceja: cicatrices; ptosis, retracciones

FOTOGRAFIA/VIDEO: Intentar realizar siempre documentación fotográfica. Las posiciones básicas son de frente, oblícuo y lateral. La documentación debe ir acompañada del pertinente consentimiento informado (Ley de Protección de datos).

NEUROIMAGEN

TAC
RM